

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

Zu versichernde Person	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	
Angaben zum Beruf	
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?	
In welcher Branche?	
Wie lange pro Woche üben Sie diese Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Stunden pro Woche das entspricht ca. <input type="checkbox"/> % der wöchentlichen Arbeitszeit. Sofern Sie weitere Tätigkeiten ausüben, erfassen Sie diese bitte in einem separaten Fragebogen!
Üben Sie die Tätigkeit auch im Ausland aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Angaben zu Land, Dauer und Häufigkeit machen: <input type="text"/>
Arbeiten Sie in einem Betrieb als Arbeitnehmer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Art des Betriebes und Tätigkeitsdauer im Betrieb angeben: <input type="text"/>

<p>Arbeiten Sie als Selbständiger im eigenen Betrieb?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Art des Betriebes und Anzahl der ständig Beschäftigten angeben:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p>für Herrn Max Mustermann am 27.09.2011</p>
<p>Welche Ausbildung(en) + Studiengänge haben Sie absolviert?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	
<p>Bitte beschreiben Sie kurz die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit:</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	
<p>Bitte schildern Sie den Ablauf eines durchschnittlichen Arbeitstages (inkl. Arbeitsbeginn, Pausen, Arbeitsende, zeitlichem Umfang der jeweiligen beruflichen Aufgaben und Tätigkeiten). Hierbei ist es wichtig, dass ein Außenstehender nachvollziehen kann, welche Aufgaben und Tätigkeiten von Ihnen ausgeübt werden, in welchem Umfang und in welcher Häufigkeit.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 120px; width: 100%;"></div>	
<p>Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil Ihrer Tätigkeit ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> % künstlerische Tätigkeit <input type="checkbox"/> % kaufmännische Tätigkeit <input type="checkbox"/> % handwerkliche Tätigkeit</p>	
<p>Sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welchen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu?</p>	<p>Arbeitsort: <input type="checkbox"/> Unfallgefahr <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperatur- expositionen <input type="checkbox"/> Staub-, Gas-, oder Chemikalien- exposition <input type="checkbox"/> Allergenexposition <input type="checkbox"/> Publikums- verkehr <input type="checkbox"/> Berufliche Alkoholexposition <input type="checkbox"/> Erschütterungen, Vibrationen <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln oder Maschinen</p> <p>Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeiten</p> <p>Körperliche Belastung: <input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltungen <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten <input type="checkbox"/> Hand- und Fingerfertigkeit <input type="checkbox"/> untere Extremitäten</p> <p>Sinnesorgane: <input type="checkbox"/> Sehvermögen <input type="checkbox"/> Hörvermögen <input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Lärmexposition <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung <input type="checkbox"/> Riechvermögen <input type="checkbox"/> Tastvermögen <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen</p>	

Welche Freizeitaktivitäten betreiben Sie in welcher Form?

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift

Rev001 vom 04.11.2009